

Schütt, Sandra

Rehabilitation in der Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz –

Dementielle Verhaltensmuster als Herausforderung für den Sozialdienst

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Erstprüfer: Dr. Michel Constantin Hille

Zweitprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Schütt, Sandra:

Rehabilitation in der Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz – Dementielle Verhaltensmuster als Herausforderung für den Sozialdienst Möglichkeiten der Gestaltung einer bedürfnisgerechten Betreuung dementieller Patienten unter Einbeziehung der Kompetenzen Sozialer Arbeit. 31 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2016

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit bestehenden Strukturen und Richtlinien für Rehabilitationseinrichtungen und welche Besonderheiten bei der Aufnahme von Patienten mit dementiellen Verhaltensmustern zu beachten sind. Unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen und die damit verbundene Zunahme dementieller Erkrankungen ergeben sich für alle Beteiligten massive Herausforderungen, nicht zuletzt für Pflegeeinrichtungen. Am Beispiel der Moritz-Klinik in Bad Klosterlausnitz werden die politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen aufgezeigt, Problemlagen erörtert und Lösungsansätze vorgestellt.

I Inhaltsverzeichnis	
II Abkürzungsverzeichnis	II
1 Einleitung	4
2 Theoretische Grundlagenschaffungen	7
2.1 Dementielle Erkrankungen und ihre Auswirkungen	7
2.2 Strukturen der Moritz Klinik.....	11
2.3 Richtlinien und Aufnahmekriterien	13
3 Beobachtbare Phänomene und Veränderungen.....	16
4 Ansätze und Möglichkeiten für die Praxis	19
4.1 Vorhandene Problemlagen für Rehabilitationseinrichtungen	19
4.2 Änderungsvorschläge für den Patienten.....	22
4.3 Änderungsvorschläge für die Mitarbeiter	24
4.4 Änderungsvorschläge für die Angehörigen.....	27
4.5 Herausforderungen für Politik, Gesellschaft, Institutionen	29
5 Zusammenfassung und Ausblick	32
IV Quellenverzeichnis	IV
Internetquellen.....	IV
Informationsbroschüren	V

II Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
ff	fortfolgende
o. J.	ohne Jahresangabe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Der Film „Honig im Kopf“ (2014) erzählt die Geschichte einer ganz besonderen Liebe: der Liebe zwischen Tilda und ihrem an Alzheimer erkrankten Großvater Amandus. Der Lebemann war bisher das humorvolle, geschätzte Familienoberhaupt, was sich plötzlich zu seinen kindlichen Ursprüngen zurückentwickelt. Nur die elfjährige Enkelin scheint mit ihm umgehen zu können. Die Krankheit mit den Augen eines Kindes zu sehen, bedeutet, sie größtenteils mit Humor zu nehmen. Genau das gelingt Tilda, ohne dass sie dabei die Tragik der Krankheit des Großvaters aus den Augen verliert. Til Schweiger versuchte in seinem Film die Phänomene dementieller Verhaltensmuster aufzuzeigen. Diese Thematik im Rahmen eines Kinofilmes in die Gesellschaft zu transferieren, sorgte für Diskussionen. Dadurch werden die Unsicherheit gegenüber diesen Verhaltensmustern und eine unzureichende Bereitschaft, sich mit dem Phänomen auseinanderzusetzen belegt. In der Literatur wurde bereits verschiedenes über das Krankheitsbild Demenz verfasst, aber welche Herausforderungen sich für behandelte und auch weiterbetreuende Institutionen ergeben, wurde bisher nur wenig bzw. gar nicht beschrieben. Zu dieser Schlussfolgerung komme ich aufgrund meiner Literaturrecherche. Eine notwendige Enttabuisierung mit der Thematik zeigt bereits der Vierte Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, vorgelegt im Jahr 2002, bereits.

Die Gesellschaft in der heutigen Zeit wird zunehmend älter. Folglich nimmt auch die Zahl der Menschen, die in Deutschland an einer Demenz erkranken zu, da diese Erkrankung in einem hohen Maße altersbedingt auftritt. Während in der Altersgruppe der 65- bis 70jährigen weniger als drei Prozent an einer Alzheimer-Demenz erkranken, ist es im Alter von 80 Jahren jeder Fünfte und mit 90 Jahren bereits jeder Dritte (vgl. Broschüre BMG 2006, S.12). Diese Entwicklung wirkt sich konsequenterweise auch unmittelbar auf die Patientenstruktur in der Rehabilitation aus und lässt die

Gruppe der demenzerkrankten Patienten¹ zu einer großen Herausforderung werden. Bedingt durch eine Verlängerung der Lebensdauer, ist vor allem in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen. Eine wichtige Zielsetzung der Gesundheits- und Altenpolitik der Bundesregierung ist die qualitativ hochwertige Versorgung der älteren Generation (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.21). Begründet durch die medizinischen Fortschritte verbunden mit der politischen Zielsetzung werden zunehmend ältere Patienten endoprothetisch, wie auch intensiv medizinisch versorgt und nutzen im Anschluss die Möglichkeit einer Rehabilitation, um ihre bisherige Selbständigkeit möglichst wiederzuerlangen.

Die Moritz Klinik am Standort Bad Klosterlausnitz mit insgesamt 302 Betten hat sich auf die Rehabilitation von orthopädisch-traumatologisch und neurologisch erkrankten sowie brandverletzten Menschen spezialisiert. In enger Zusammenarbeit verbinden die drei Fachabteilungen dieses Hauses ihre große medizinische und therapeutische Kompetenz mit aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. Informationsbroschüre der Moritz Klinik o.J., S.2). Die Demenzerkrankten sind auf eine ihren Bedürfnissen abgestimmte Versorgung angewiesen. Somit sind in der Rehabilitation neue oder angepasste Versorgungsstrukturen notwendig, um die Nachhaltigkeit moderner Therapieverfahren gewährleisten zu können. Dieser Herausforderung haben sich die meisten Rehabilitationskliniken noch nicht gestellt. Auch in der Moritz Klinik fehlt es an einem bedürfnisgerechten Umgang mit dieser Patientengruppe, wofür insbesondere Informations-, Qualifikations- und Strukturdefizite verantwortlich sind. Die bestehenden Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die langen Strecken zwischen Patientenzimmer und Therapiebereich oder eine unzureichende Beschilderung der einzelnen Wege, sind nicht mit den Bedürfnissen eines dementiell veränderten Verhaltensmusters kompatibel. Angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Multimorbidität älterer

¹ In den folgenden Ausführungen wird mit der maskulinen Bezeichnung die feminine Form impliziert.

Menschen wird dieses Thema nicht an Bedeutung verlieren und Rehabilitationskliniken dazu aufrufen, sich damit auseinanderzusetzen und Lösungsstrategien zu entwickeln. Denn die Rehabilitation von beispielsweise orthopädischen, neurologischen oder internistischen Krankheitsbildern kombiniert mit dementiellen Veränderungen sollte nicht nur in geriatrischen Einrichtungen durchführbar sein, da die bestehende Kapazität dieser Institutionen den steigenden Rehabilitationsmaßnahmen nicht gerecht werden.

Meine persönliche Motivation mich mit dieser Thematik zu beschäftigen, begründe ich mit meinem Studium und dem damit verbundenem Wissensgewinn. Aufgrund verschiedener wissenschaftlicher Themengebiete erhöhte sich mein Interesse gegenüber der älteren Generation sowie deren Stellung in unserer Gesellschaft und vor allem der damit verbundenen Rolle innerhalb unseres Gesundheitssystems. Während meiner Tätigkeit als Krankenschwester fühlte ich mich unsicher und unerfahren im Umgang mit älteren und demenzerkrankten Patienten. Wobei mich dieses Klientel jetzt förmlich anzieht, das heißt ich möchte mich bewusst mit älteren und demenzerkrankten Menschen auseinandersetzen. Ich möchte sie verstehen, ihre Handlungen und ihr Verhalten ein Stück nachvollziehen können. Im Rahmen meiner Ausbildung zur Krankenschwester war die Demenz ein neurologisches Krankheitsbild, welches sich im Klinikalltag schwer integrieren ließ. Im Pflegealltag wurden Beschreibungen, in Bezug auf Patienten, wie „unmotiviert“, „nicht führbar“ oder „aggressiv“ verwendet, was für mich in diesem Zusammenhang unpassend erscheint. Fehlende Aufklärung über biografische Hintergründe und damit verbundene Verhaltensmuster oder Validation nach Naomi Feil (vgl. de Klerk-Rubin, Feil 2005) waren mir bis zu meinem jetzigen Studium fremd und ließen meine Arbeit dadurch kompliziert und anstrengend erscheinen. Mit meinem vorhandenen Wissen und Ideen kann ich mir so manche Veränderung im Pflegealltag vorstellen und somit zu einer bedürfnisgerechten Rehabilitation für demenzerkrankte Patienten in der Moritz Klinik beitragen. Unsere Idee als Therapeutenteam mit den verschiedensten Kompetenzen eine Rehabilitation im Sinne des Patienten und seiner Angehörigen zu

gestalten, sollte uns geradezu herausfordern. Ausgehend von dieser skizzenhaft dargelegten Problematik gehe ich im Rahmen der Bachelorarbeit der Frage nach, welche Möglichkeiten sich für die Moritz Klinik und ihr Personal bieten, mit dem Patientenkontext der demenziell erkrankten Menschen in Zukunft besser und bedürfnisgerechter umzugehen. Zu Beginn meiner Arbeit beschreibe ich die theoretische Ausgangslage. Dabei zeige ich kurz Fakten zur Demenz als neurologisches Krankheitsbild und die Bedeutung für die Betroffenen, des Weiteren auf die Herausforderung für Familie und Freunde des Erkrankten, sowie sein Umfeld und die Gesellschaft im Allgemeinen auf. Im Anschluss gehe ich auf strukturelle Gegebenheiten der Rehabilitationseinrichtung Moritz Klinik ein und beschreibe bauliche, einrichtungsspezifische und personelle Gegebenheiten. Einen weiteren inhaltlichen Punkt stellen die Richtlinien der Kostenträger für die Überleitung vom Krankenhaus in die Rehabilitation dar, um so zum nächsten Kapitel, der beobachtbaren Phänomene und Veränderungen überzuleiten. Im dritten Abschnitt erörtere ich Ansätze und Möglichkeiten für die Praxis, wobei ich dabei zwischen Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen unterscheide unter Berücksichtigung der Problemlage bei Aufnahme eines Patienten mit demenziellen Verhaltensmuster. Den Abschluss meiner Arbeit bilden Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung, um meine eingehende Fragestellung beantworten zu können oder gegeben falls Grenzen aufzuzeigen.

2 Theoretische Grundlagenschaffungen

2.1 Dementielle Erkrankungen und ihre Auswirkungen

Aufgrund der ausgeprägten Veränderungen der Lebensqualität gehören dementielle Erkrankungen zu den folgenschwersten psychischen Leiden im Alter (vgl. Gutzmann 1992, S.8). Die wörtliche Übersetzung aus dem Lateinischen „weg vom Geist“ beziehungsweise „ohne Geist“ nimmt das

wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen vorweg. Das häufigste und zuerst wahrnehmbare Symptom sind Beeinträchtigungen im Bereich der Merkfähigkeit, das heißt die Speicherung neuer Informationen ist gestört. Des Weiteren werden Gegenstände verlegt und es können keine zusammenhängenden Sätze mehr gebildet werden, da meist beim Sprechen bereits der Satzanfang in Vergessenheit gerät. Im Verlauf sind dann auch das Neu- und Altgedächtnis betroffen, die eigene Biografie kann nur noch lückenhaft abgerufen werden. Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zeigen sich zeitliche, örtliche, situative und persönliche Orientierungsstörungen. Ein weiteres Erscheinungsbild der Erkrankung sind Denkstörungen, welche sich in Verlangsamung, Umständlichkeit und Zähflüssigkeit des Gedankenablaufes äußern. Außerdem gehören der Verlust der Abstraktionsfähigkeit, ein beeinträchtigtes Urteilsvermögen, Konzentrationsstörungen und eine gestörte Auffassungsgabe zu den Krankheitszeichen (vgl. Gutzmann 1992, S.16 ff). In späteren Phasen der Erkrankung treten Beeinträchtigungen in der Sprachproduktion auf und apraktische Störungen, das heißt theoretische Handlungsentwürfe praktisch umzusetzen, kommen hinzu. Diese Behinderungen wirken sich sehr intensiv auf alltägliche Handlungsabläufe aus. Das Wechseln der Bekleidung kann ohne Hilfestellung kaum bewältigt werden, die Handhabung von Besteck gelingt nicht mehr und die Körperhygiene kann auch nur mit aktiver Unterstützung durchgeführt werden. Weitere Erscheinungsbilder dementieller Erkrankungen sind die Veränderungen der Persönlichkeit, ein herabgesetzter Antrieb, bis zur Verlangsamung und eine generelle Veränderung der Grundstimmung, welche häufig zur sozialen Isolierung führen. Die Erkrankten können ihre Gefühle kaum noch kontrollieren, plötzliche Stimmungsschwankungen, Aggressionen und Depressionen können verstärkt auftreten. Im Spätstadium sind die Betroffenen meist auf Pflege und Betreuung Anderer angewiesen (vgl. Broschüre BMG 2006, S.10). Man unterscheidet im Bereich der demenzverursachenden Krankheiten verschiedene Formen.² Indem die

² Auf diese wird im weiteren Verlauf nicht näher eingegangen, da für meine Arbeit die Verhaltensmuster und nicht die klinisch nachgewiesenen Ursachen relevant sind.

dementiellen Veränderungen schleichend beginnen, werden erste Defizite und auffällige Verhaltensweisen der Betroffenen erst im Rückblick als erste Symptome erkannt. Wobei eine möglichst frühzeitige Diagnostik wichtig ist, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich mit der Erkrankung und den Folgen auseinanderzusetzen zu können, bevor sie die Fähigkeit dazu verlieren. Wünsche können so noch erfüllt und bewusst genossen, Veränderungen besprochen und vorbereitet und rechtliche Notwendigkeiten geregelt werden. Deshalb ist es wichtig, dass sich auch Angehörige aktiv mit vermeintlichen Symptomen befassen (vgl. Broschüre BMG 2006, S. 13). Ein Verdacht sollte auf keinen Fall verdrängt werden, denn eine vorzeitige Diagnose kann die Lebensqualität der betroffenen Person steigern. Eine Therapie, welche zur Heilung führt, ist derzeit nicht möglich. Deshalb ist das Hauptziel der Behandlung ebenfalls eine Verbesserung der Lebensqualität für Betroffene und ihre Angehörigen. Dabei spielen nicht-medikamentöse Therapieverfahren eine wichtige Rolle, um verbliebene Fähigkeiten zu üben und das Selbstwertgefühl zu stärken. Zu diesen Behandlungsmöglichkeiten gehören beispielsweise die Musik- und Kunsttherapie, Bewegungs- oder Sinnes- und Wahrnehmungsübungen. Bei allen Maßnahmen muss sich an den vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund berücksichtigt und Leistungsdruck vermieden werden. Ein Mensch mit dementiellen Verhaltensmustern ist immer weniger in der Lage, sich seiner Umgebung anzupassen und seinen Alltag bewusst zu gestalten. Deshalb hängt ihr Wohlbefinden davon ab, wie sich die Umwelt auf ihre Beeinträchtigungen einstellt. Mit der Diagnosestellung kommen nicht nur auf den Betroffenen, sondern auch auf die Angehörigen große Herausforderungen zu. Denn die gesamte Familie ist hinsichtlich des Verständnisses, des Einfühlungsvermögens und der pflegerischen Kompetenz gefordert. Die Angehörigen müssen nicht nur das Wissen um eine schwere Erkrankung eines vertrauten Menschen bewältigen, sondern auch Entschlüsse bezüglich zukünftiger Versorgung treffen. Dabei können Gespräche mit dem behandelten Arzt oder Fachliteratur helfen, um den Verlauf der dementiellen Erkrankung und das Verhalten des Betroffenen besser

einschätzen und notwendige Maßnahmen vorbereiten zu können. Das Wissen um die Erkrankung löst bei den Betroffenen wie auch den Angehörigen widersprüchliche Emotionen aus. Auf der einen Seite fühlen sie sich geschockt, gleichzeitig empfinden sie aber auch Erleichterung, eine Erklärung für das veränderte Verhalten zu haben. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung kommen Gefühle wie Wut, Angst oder auch Schuldgefühle aller Betroffenen hinzu (vgl. Broschüre BMG 2006, S.20 ff). Eine Demenz geht weit über den Verlust der geistigen Fähigkeiten hinaus. Sie beeinträchtigt die Wahrnehmungen, das Verhalten und das Erleben der erkrankten Person, das gesamte Sein dieses Menschen. In der Welt, in der die demente Person lebt, besitzen Ereignisse oft eine völlig andere Bedeutung, als in der Welt der „Nicht-Dementen“. Somit droht die Gefahr der innerlichen Vereinsamung, da keiner dem Erleben dieser Welt zu folgen vermag. Niemand weiß wirklich, wie es in einer demenzerkrankten Person aussieht, denn nur im Anfangsstadium der Erkrankung können sich die Betroffenen selbst mitteilen. Später müssen die Angehörigen, Freunde oder auch die Betreuungskräfte erfühlen, wie es dem Dementen geht, was benötigt wird oder was gut tut. Für die betreuenden Personen heißt das, dass sie sich in die Welt des Erkrankten begeben müssen. Um in Kontakt mit den Betroffenen zu bleiben, müssen sie sich in ihre Situation einfühlen und auf dieser Ebene mit dem Betroffenen in Verbindung treten. Der Schlüssel für viele Verhaltensweisen der Demenzerkrankten liegt in ihrer Biografie verborgen. Einschneidende Erlebnisse, persönliche Ängste und Charaktereigenschaften des kranken Menschen zu kennen, heißt, ihn auch im Rahmen der Erkrankung besser verstehen zu können, wie es den meisten Angehörigen vorbehalten ist. Viele Demenzkranke stellen immer wieder dieselbe Frage oder wiederholen die gleichen Sätze oder Handlungen. Das kann für die betreuende Person ausgesprochen anstrengend sein. Diese ständige Vergewisserung hilft dem betroffenen Menschen, mit seinen Zweifeln umzugehen (vgl. Broschüre BMG 2006, S. 25 ff). Oft ist wiederholtes Fragen auch ein Zeichen von Angst oder Unsicherheit. Wobei gleiche Handlungen durchzuführen ein Signal von Sicherheit sein kann, da der erkrankte Mensch eine Beschäftigung

gefunden hat, welche ihm gefällt und gut gelingt. Im mittleren Stadium der Krankheit zeigen viele Demenzkranke einen ausgeprägten Bewegungsdrang gepaart mit starker Unruhe. Das Gehen hat eine besondere Bedeutung für die Betroffenen, denn es gehört zu den wenigen Tätigkeiten, welche sie noch selbständig ausführen können. Gehen stärkt ihr Selbstwert- und Körpergefühl, gibt ihnen eine gewisse Entscheidungsfreiheit und wirkt sich positiv auf ihre Stimmung aus. Oft wird dieses „Wandern“ von Angehörigen oder Betreuungspersonen als „Weglaufen“ interpretiert. Dabei ist es die Suche nach etwas Verlorenem, z.B. ein Gegenstand oder eine Person aus der Vergangenheit oder nach Sicherheit und Geborgenheit. Schlafstörungen der Erkrankten und ihre zunehmende Unfähigkeit, Tag und Nacht zu unterscheiden, führen häufig dazu, dass sich „Gehen“ und „Wandern“ auch auf die Nacht ausdehnen. Durch das ständige Hin- und Herlaufen sind die betreuenden Personen vermehrt in die Beaufsichtigung eingebunden.

2.2 Strukturen der Moritz Klinik

Wie bereits in der Einführung erwähnt, ist die Moritz Klinik eine Einrichtung für die Fachbereiche Orthopädie und Neurologie. Wobei in der orthopädischen Abteilung nicht nur endoprothetisch versorgte Patienten rehabilitiert werden, sondern auch traumatologisch Verletzte und als Spezialisierung die Brandverletzten. Für diese Fachrichtung gibt es in der Moritz Klinik vier Stationen, um im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt oder eines Heilverfahrens eine Rehabilitation durchzuführen. Für den stationären Aufenthalt ist ein hohes Maß an Selbständigkeit in allen Bereichen des täglichen Lebens notwendig. In der Orthopädie werden die Stationen jeweils von einem Stationsarzt und einer Pflegefachkraft betreut. Zusätzlich sind eine Pflegehilfskraft und ein Bundesfreiwilligendienst als Springer für vier Stationen eingesetzt. Die Patienten sind während ihres Aufenthaltes in Einzelzimmern untergebracht, welche sich etwas entfernt

von den Therapiebereichen, den Aufenthaltsmöglichkeiten und dem Speisesaal befinden. Im Bereich der Neurologie ist die Patientenversorgung anders organisiert. Dieser Fachbereich umfasst acht Stationen, welche nach dem Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation, erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, in B, C und D strukturiert sind (BAR, [www. schlaganfall-hilfe.de](http://www.schlaganfall-hilfe.de)). Der Bereich der Phase D ist mit der orthopädischen Abteilung im Bezug auf den stationären Aufbau und die personelle Besetzung identisch. Die neurologischen Stationen der Phasen B und C unterscheiden sich im Wesentlichen von den bereits erwähnten dadurch, dass es jeweils nur zwei gibt. Des Weiteren befinden sich auf diesen Stationen vorrangig Zweibettzimmer. Es gibt vereinzelt auch Einzelzimmer, welche für Patienten mit besonderen hygienischen Anforderungen genutzt werden. Da diese Abteilungen mit einem Patientenkontingent, welches intensivere medizinische wie auch pflegerische Betreuung benötigt, belegt werden, ist die personelle Besetzung auch höher. Die Stationen im Bereich der Phase C werden von insgesamt vier Stationsärzten und mehreren Pflegefachkräften, Pflegehelfer, Praktikanten und dem Bundesfreiwilligendienst pro Schicht betreut. Die zwei Stationen der Phase B sind nochmal in kleinere Bereiche, mit entsprechender ärztlicher und pflegerischer Betreuung, untergliedert. Die verschiedenen Stationen sind in den beiden oberen Etagen der Moritz Klinik untergebracht und befinden sich etwas entfernt von den ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Bereichen. Das bedeutet für die Patienten eine entsprechende Wegstrecke zu ihrer jeweiligen Behandlung oder um in den zentralen Speiseraum zu gelangen. Diese räumlichen Gegebenheiten sind für Patienten mit dementiellen Verhaltensmustern bei geringer Ausprägung noch zu bewältigen. In einem fortgeschrittenem Stadium wird es ein allein nicht zu bewältigendes Hindernis darstellen. In diesem Fall könnte eine veränderte Beschilderung oder Kennzeichnung von Wegstrecken unterstützend sein. Für viele Patienten kommt noch erschwerend, die ähnliche optische Gestaltung der Stationen hinzu. Die Anordnung der Patientenzimmer und der Flure sind auf allen Stationen, bedingt durch die Architektur des Hauses, gleich. Auch in der farblichen

Gestaltung der Stationen gibt es keinen Unterschied. Der Bereich der Phase B und C Stationen kann anhand des Fußbodenbelages von dem der Phase D Stationen unterschieden werden. Aufgrund von hygienischen Gründen wurde im Frührehabilitationsbereich auf Teppichboden verzichtet. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu den anderen Stationen sind die vorhandenen Therapieräume im Bereich der Phase B. Das ermöglicht eine kombinierte pflegerische und therapeutische Betreuung des Patienten. Des Weiteren ist es für den Patienten von Vorteil, dass er sich nur im Stationsbereich aufhalten und orientieren muss. Die Mahlzeiten können ebenfalls in einem kleinen separaten Speiseraum eingenommen werden, welcher sich auch auf der Station befindet. Voraussetzung dafür ist die Mobilität des Patienten, ansonsten werden pflegerische Verrichtungen und therapeutische Maßnahmen im Patientenzimmer durchgeführt. Ein ebenso vorteilhafter Aspekt ist die hohe personelle Präsenz auf diesen Stationen. Kritisch betrachtet sind diese beiden Stationen der Phase B vom regulären Klinikalltag abgeschirmt, da keine Notwendigkeit besteht, die Station zu verlassen. Im Phase C Bereich ist ebenfalls, wie bereits erwähnt, eine umfangreichere pflegerische Betreuung vorhanden, aber für therapeutische Maßnahmen muss die Station verlassen werden. Das bedeutet für den Patienten, dass er in der Klinik orientiert sein muss. Eine farblich einheitliche Beschilderung der einzelnen Therapiebereiche und ein zentraler Weg sind vorhanden. Aber durch entsprechende Nebenwege, welche in den Verwaltungstrakt, zu den verschiedenen Stationen oder in den diagnostischen und ärztlichen Bereich führen, kann es zu Orientierungsschwierigkeiten kommen.

2.3 Richtlinien und Aufnahmekriterien

Die Belegung der einzelnen Stationen wird durch die zentrale Patientenaufnahme strukturiert. Die Einweisung der Patienten erfolgt durch den klinischen Sozialdienst verschiedenster Krankenhäuser. Dieser

erfragt mit einem Arztbericht und dem Barthel-Index des jeweiligen Patienten, ob eine stationäre Rehabilitation in der Moritz Klinik durchführbar ist, das heißt, ob die Indikation und die Bettenkapazität vorhanden sind. Anhand dieser beiden Unterlagen ist nicht immer einschätzbar, ob die Indikation für eine Aufnahme immer gegeben ist. Denn diese Berichte erlauben keine Rückschlüsse auf veränderte Verhaltensmuster. Ich komme zu dem Fazit, dass diese Richtlinie zur Anbahnung einer Rehabilitationsmaßnahme, in Anbetracht der Zunahme dementieller Verhaltensmuster, nicht mehr ausreichend ist. Wichtig zu wissen ist, die Krankenhäuser heutzutage sind zunehmend darauf angewiesen, betriebswirtschaftlich und ökonomisch zu denken, zu planen und zu arbeiten. Die Strategie der Kostensenkung erfolgt über die Diagnosis Related Groups (DRGs), welche ein Klassifikationssystem für ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren bezeichnen. Diese Ökonomisierung des Gesundheitswesens, welche auch den Bereich der Rehabilitation beeinflusst, spiegelt sich in einem gravierenden Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus wieder. Das bedeutet, dass der zuständige Klinische Sozialdienst zeitnah zur Aufnahme schon eine Entlassung anbahnen und vorbereiten muss. Von den Kostenträgern für Rehabilitationsmaßnahmen wird als Aufnahmekriterium, wie bereits erwähnt, eine Einstufung über den Barthel-Index vorausgesetzt (vgl. Fiedler, Köhrmann, Kollmar 2013, S.271). Dieser ist ein Bewertungsverfahren der alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten. Er dient dem systematischen Erfassen von Selbständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Die Einstufung kann nur in die Kategorien „mit Hilfe“, „ohne Hilfe“ oder „nicht möglich“ erfolgen. Wobei hier, kritisch betrachtet, ein Interpretationsspielraum eingeräumt wird, da der Bereich der Hilfestellung nicht weiter kategorisiert ist. Es kann nicht abgeleitet werden, ob immer eine aktive Hilfestellung nötig ist, oder ob eine verbale Hilfestellung ausreicht. Die aktive Hilfestellung kann auch in verschiedenen Ausprägungen erfolgen. Da kein eindeutiger und individueller Hilfe- und Pflegebedarf abgebildet werden kann, besteht die Möglichkeit das Ergebnis mit der Aufnahmekapazität der Rehabilitationseinrichtung kompatibel zu gestalten. Betrachtet man

außerdem noch den Zeitpunkt an dem diese Einstufung erfolgte, ist eine Diskrepanz zum tatsächlichen Aufnahmebarthel in der Rehabilitationsklinik vorprogrammiert. Die Verweildauer und das Versorgungskonzept des Krankenhauses verfolgen eine Verbesserung und Stabilisierung des ursprünglichen Zustandes, welcher zur Aufnahme in die Klinik führten. Des Weiteren kann aus dem Barthel-Index nicht eindeutig erschlossen werden, ob der Unterstützungsbedarf einschließlich auf motorische Einschränkungen zurückzuführen ist, oder ob auch Beschränkungen in den Alltagskompetenzen zum Tragen kommen. Wobei diese Informationen für die Entscheidung zur Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik von Bedeutung sein sollten. Dieses Kriterium muss bei der Wahl einer entsprechenden Rehabilitationseinrichtung beachtet werden. Bestehen bereits Verhaltensauffälligkeiten oder ist bereits eine Diagnose, im Rahmen einer Klassifikation nach ICD-10, gestellt, sollte die Aufnahme in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung favorisiert werden. In Rehabilitationseinrichtungen, wie der Moritz Klinik, müssen die Rahmenbedingungen, das Pflegekonzept und Selbstverständnis noch auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter abgestimmt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt die öffentliche Darstellung der Demenz und ihrer Folgen und die damit verbundene Enttabuisierung. Mit der Broschüre „Wenn das Gedächtnis nachlässt“ wird eine umfangreiche Aufklärungsarbeit geleistet und für den Leser sind alltagsbezogene Tipps aufgezeigt (vgl. Broschüre BMG 2006).

Als medizinische Indikation für eine Behandlung in der Moritz Klinik sind neurologische oder orthopädische Grunderkrankungen die Voraussetzung. Sollten diese Krankheitsbilder mit dementiellen Verhaltensmustern kombiniert auftreten, wobei aber eine Demenz als Erkrankung nicht diagnostiziert ist, wird diese Information meist vom vorbehandelten Krankenhaus nicht weitergeleitet, sodass der tatsächliche Aufnahmezustand die Rehabilitationsfähigkeit, zu den bestehenden Rahmenbedingungen, in Frage stellt. Diese immer wieder auftretende Situation ist der Anlass und die Notwendigkeit sich mit den bisherigen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen und Veränderungsmöglichkeiten oder auch Grenzen einer Rehabilitation

aufzeigen. Die Gesundheitsversorgung älterer und alter Menschen mit Blick auf Strukturen und Qualifikationen hat sich wesentlich verbessert. Rehabilitationsmaßnahmen im Alter sind fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems. Da der Bedarf an stationären und ambulanten geriatrischen Rehabilitationen stetig steigen wird, darf es nicht gleichzeitig bedeuten, nur diesen Bereich weiterhin zu fördern. Vorrangig sollte in vorhandenen Strukturen die Qualität und Effektivität gefördert werden. Eine strukturelle Vernetzung einzelner Fachdisziplinen ist die Voraussetzung, um vorhandene Möglichkeiten und Einrichtungen effektiv nutzen zu können. Für die Versorgung Demenzerkrankter ist es wichtig, durch Koordination und Vernetzung der Angebote die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Pflegenden zu steigern. Somit können strukturelle Mängel behoben und die Altenhilfe weiterentwickelt werden. Im Rahmen der Betreuung Demenzerkrankter sollte das Engagement ehrenamtlich Tätiger als Zukunftspotenzial gesehen werden. Um der steigenden Anzahl dementiell veränderten alten Menschen gerecht zu werden, bedarf es einer in der Gesellschaft breit angelegten Informations- und Qualifizierungskampagne. An diesem Punkt stellt sich die Frage, inwieweit die Aufnahmekriterien, aufgrund der bisher vorgegebenen gesetzlichen Richtlinien, überarbeitet werden müssen beziehungsweise können.

3 Beobachtbare Phänomene und Veränderungen

Die Multimorbidität des älteren Menschen mit den unterschiedlichsten Kombinationsmöglichkeiten, z.B. auch mit ausgeprägten kognitiven Defiziten, wird zunehmend die Rehabilitationslandschaft mitgestalten. Des Weiteren müssen sich die Rehabilitationseinrichtungen auf ein Patientenkontingent einstellen, welches durch Seh- und Hörstörungen beeinträchtigt ist und somit die Kommunikation erschwert wird. Die Patienten werden geringer belastbar, in der Mobilität und in der Bewältigung längerer Wegstrecke eingeschränkt sein. Aufgrund von

alters- und krankheitsbedingten kognitiven Funktionseinschränkungen muss sich auf einen erhöhten Zeitbedarf für Kommunikation, Informationsvermittlung und Behandlungsprozesse eingestellt werden. Bedingt durch diese Veränderungen sollten sich Rehabilitationskliniken, wie die Moritz Klinik, dem geriatrischen Rehabilitationsauftrag öffnen und ihn in ihre bestehende Organisation integrieren, um diesen Patientenklientel eine bedürfnisgerechte Rehabilitation zu ermöglichen. Entscheidend für die Umsetzung eines solchen Konzeptes, ist die genaue Information über den körperlichen und geistigen Zustand des Patienten. Grundsätzlich sollten Hausärzte am besten in der Lage sein, dementielle Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der älteren Bevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihnen vertraut sind. Eine Reihe von Studien weckt aber Zweifel an der frühzeitigen Diagnose (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.232). Über die Grundlagen der Diagnostik und die Behandlung dementieller Erkrankungen sind die Hausärzte nur unzureichend informiert. Das liegt zum großen Teil daran, dass es bisher nicht gelungen ist, Forschungserkenntnisse ausreichend in die Praxis zu vermitteln. Selbst Fachärzte führen oft keine konsequente Diagnostik und somit auch keine adäquate Therapie durch (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.233). Ein detailliertes Wissen über Diagnostik und Behandlung unterschiedlicher Formen der Demenz ist deshalb dringend gefordert, denn diese Erkrankung wirkt sich auf nahezu alle Lebensbereiche des Patienten aus. Auch wenn früher die Rehabilitationspotenziale alter und insbesondere hochaltriger Menschen häufig ignoriert wurden, so ist heute unstrittig, dass sie vorhanden sind und gefördert werden sollten. In der Pflegeversicherung ist der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege im § 31 SGB XI festgehalten (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.276). Die Rehabilitation findet vorrangig in stationären Rehabilitationseinrichtungen oder auch geriatrischen Kliniken statt. Über Pläne für ambulante geriatrische Institutionen, wie zum Beispiel Therapiezentren oder mobile Rehabilitation, wird zunehmend diskutiert. Bestehende Einrichtungen sind oft an stationäre Rehabilitationseinrichtungen angegliedert, wobei sie einen entscheidenden Nachteil für Patienten mit eingeschränkter Mobilität

darstellen. Für ländliche Regionen und Gebiete mit nicht ausreichend entwickelten Rehabilitationsstrukturen können ambulante Therapiestationen eine flächendeckende Alternative darstellen. Was wiederum eine intensive Zusammenarbeit von Hausarzt, Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie voraussetzt (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.277). Ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Rehabilitation ist die Kontinuität von Therapie und Pflege. Um diese Erfolge zu stabilisieren, sollte die Rehabilitation auf Dauer angelegt sein und nicht auf Einzelmaßnahmen begrenzt werden. Eine unzureichende Vernetzung der Anbieter untereinander stellt ein großes Problem für die geriatrische Rehabilitation dar. Die Ressourcen der einzelnen Versorgungseinrichtungen müssen durch eine verbesserte Koordination effizienter genutzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die verschiedenen Berufsgruppen eine gemeinsame Denkweise und gleiche Handlungsgrundlagen entwickeln. Eine wichtige Rolle in der Betreuung alter und dementiell erkrankter Menschen wird der professionell ausgeübten Pflege zu gesprochen, da diese einen häufigen und meist zeitintensiven Kontakt zur betreuenden Personen haben. Die Pflegefachkräfte haben neben der Verantwortung für eine qualitativ einwandfreie Versorgung auch die Verantwortung für das Hinzuziehen weiterer Fachpersonen. Das bedeutet, sich der eigenen professionellen Kompetenz sicher zu sein, aber auch die eigenen Grenzen zu erkennen. Neben der Fähigkeit zu einer effektiven Pflege im Sinne der Pflegebedürftigkeit, führt die Versorgung der Patienten mit ausgeprägten dementiellen Verhaltensmustern unter Umständen zu einem „pflegerischen Nihilismus“. Die Pflege- und Behandlungsmaßnahmen werden als ziel- und erfolglos angesehen, jegliche Form der Betreuung scheint überflüssig. Diese Wahrnehmung kann die Grundlage von Gewalt gegenüber des zu Pflegenden sein (vgl. Vierter Altenbericht 2002, S.282). Um dieser Reaktion präventiv gegenzusteuern, sollten Pflegefachkräfte wie auch Assistenten entsprechende Qualifizierungen erhalten, um in der Pflege und Betreuung der Patienten mit schwersten kognitiven Einschränkungen, kompetent handeln zu können. Eine Grundlage für eine fundierte Pflege und einen bedürfnisgerechten Umgang mit

Demenzerkrankten muss die Einbeziehung der Kompetenzen Sozialer Arbeit sein. In der Fachliteratur werden keine altersbezogenen Unterschiede in der Pflege älterer Menschen gemacht. Ein Grund dafür kann in der wenig entwickelten klinischen Pflegeforschung liegen. Die Selbstbestimmtheit und die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen werden als die wichtigsten Pflegeziele hervorgehoben. Die wenigen existierenden Untersuchungsergebnisse über die Pflegepraxis zeigen jedoch, dass es Mängel hinsichtlich der genannten Ziele gibt. Therapie und Versorgung Demenzerkrankter setzen, wenn eine qualitativ vertretbare Leistung erbracht werden soll, eine fachgerechte Diagnostik als Grundlage voraus. Diese diagnostischen Maßnahmen müssen uneingeschränkt von Kostenaspekten allen Menschen zur Verfügung stehen. Führen die Untersuchungen zu einer Diagnose aus dem Bereich der Demenzen, ist eine Einschätzung des Schweregrades für eine Zuordnung zu einer optimalen Therapie und Versorgung entscheidend. Denn eine ausgeprägte Demenz kann auch ein Ausschlusskriterium für eine Rehabilitationsmaßnahme sein. Trotz aller Bemühungen und strukturellen Anpassungen wird eine Rehabilitationsklinik an ihre Grenzen der Therapiemöglichkeiten kommen.

4 Ansätze und Möglichkeiten für die Praxis

4.1 Vorhandene Problemlagen für Rehabilitationseinrichtungen

Die Rehabilitationskliniken müssen sich angesichts des demografischen Wandels mit einer immer älter werdenden Patientenstruktur auseinandersetzen, welche immer häufiger von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen sowie Demenz betroffen sind. Die damit verbundenen Herausforderungen für Rehabilitationskliniken zeige ich in diesem Abschnitt auf.

Trotz der Zunahme von Patienten mit dementiellen Verhaltensmustern sind Rehabilitationseinrichtungen kaum auf eine bedürfnisgerechte

Versorgung und Betreuung eingestellt. Um sich überhaupt mit dementiell veränderten Patienten in der Rehabilitation beschäftigen zu können, bedarf es zunächst einer eingehenden Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild, welche Bedürfnisse haben die Betroffenen und über welche Ressourcen sie noch verfügen. Die erste Herausforderung entsteht bereits mit der Aufnahme eines Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt aufgezeigt wurde, ist mit der Anmeldung eines Patienten die physische und psychische Verfassung nicht eindeutig erkennbar. Aufgrund der Anmeldeformulare wird der Patient einer Station, innerhalb der Rehabilitationseinrichtung, zugewiesen. Erst im Aufnahmegespräch und während der ärztlichen Untersuchung bekommt der jeweilige Arzt einen Eindruck vom tatsächlichen Gesundheitszustand des Patienten. In dieser Situation bemerkt der aufnehmende Arzt, wenn eine Zuweisung durch die Patientenaufnahme nicht bedarfsgerecht ist. Seine Aufgabe ist es, da der Rehabilitationsmaßnahme zugesagt wurde und ein Rehabilitationsauftrag zu erfüllen ist, eine bedürfnisgerechte Station mit Aufnahmekapazität in der Einrichtung zu finden. Da die Patientenbelegung in der Moritz Klinik prinzipiell voll ausgelastet ist, wird die Lösung der Aufgabe sehr umfangreich und kann nur mit einem klinikinternen, kurzfristigen Patientenwechsel erfüllt werden. Dieser Phasenwechsel muss ebenfalls zeitnah dem Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme mitgeteilt und ärztlich begründet werden.

Im Abschnitt „Strukturen der Moritz Klinik“ habe ich die Vor- und Nachteile der einzelnen Phasen und der dazugehörigen Stationen genauer erläutert, um die Unterbringung im Bereich der Phase B und C Stationen für Patienten mit dementiellen Verhaltensmuster besser nachvollziehen zu können. Da jede Rehabilitationseinrichtung einen Auftrag im Rahmen verschiedener Sozialgesetzbücher zu erfüllen hat, entsteht eine entsprechende Herausforderung, diese nach den Vorgaben mit dementiell veränderten Patienten zu erreichen. Um diesen Vorgaben gerecht zu werden, ist ein strikter Zeitplan notwendig. Es gibt zeitliche Vorgaben, wann beispielsweise pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden, wann Mahlzeiten einzunehmen sind oder wann ärztliche Visiten und

therapeutische Behandlungen stattfinden. Diese festgeschriebenen Rahmenbedingungen sind mit dementiellen Verhaltensmuster nicht in Einklang zu bringen. Um der Bedürfnisse eines dementiell Erkrankten gerecht zu werden, bedarf es individuellerer Versorgungsmöglichkeiten, welche auch rechtlich abgesichert sein müssen. An dieser Stelle wird deutlich, dass ausschließlich medizinisch-pflegerisch ausgebildetes Personal diese Betreuung nicht gewährleisten kann. Dafür werden noch ergänzend anderer Kompetenzen benötigt, worauf ich im Verlauf noch näher eingehen werde. Um die Orientierung auf den Stationen oder im Haus besser gewährleisten zu können, ist eine abwechslungsreichere Gestaltung erforderlich. Das könnten zum Beispiel farblich unterschiedlich gestaltete Stationen sein, eine Beschilderung der Wege auf Augenhöhe und eine Begleitperson, welche hilfreich zur Seite steht. Eine Institution, wie die Moritz Klinik, muss sich auf alle Stufen der Mobilität der Patienten mit dementiellen Verhaltensmuster einstellen, da sie je nach Grunderkrankung im gesamten Haus aufgenommen werden. Auf die ansteigenden Zahlen der Patienten mit dementiellen Verhaltensformen reagierte die Klinikleitung mit einer Anweisung an die leitenden Oberärzte, diese Patienten, wenn möglich in den Bereichen der Phase B und C aufzunehmen. Auch orthopädische Patienten können in der neurologischen Abteilung aufgenommen werden, wenn ein erhöhter Pflege- und Hilfebedarf besteht. Des Weiteren kann der zuständige Arzt das Tragen eines Transponders anweisen. Diese Anweisung muss medizinisch notwendig erscheinen, ärztlich dokumentiert und zeitnah auf Notwendigkeit überprüft werden. Der Transponder ist eine klinikinterne Maßnahme zur Signalgebung, wenn ein Patient seine Station oder die Klinik verlassen will. Das Pflegepersonal muss dann prüfen, ob der Patient in Begleitung ist oder welche Absichten er verfolgt. Das Tragen eines Transponders wird nur bei Patienten angeordnet, wo ausgeprägte Orientierungs- und Verständnisdefizite vorliegen. Diese Notwendigkeit wird mit dem Patienten, seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter besprochen und das notwendige Einverständnis eingeholt.

4.2 Änderungsvorschläge für den Patienten

Die erste Schnittstellenoptimierung sollte bereits in der Überleitung der Patienten vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Dazu gehört eine Überarbeitung der Anmeldeformulare, damit die nachbehandelnde Einrichtung einen Überblick über den kompletten Gesundheitszustand des Patienten bekommt, wozu auch veränderte Verhaltensmuster gehören. Somit erhält eine Rehabilitationsklinik die Möglichkeit abzuwägen, inwieweit sie eine bedürfnisgerechte Rehabilitation gewährleisten kann. Des Weiteren sollte der Sozialdienst des vorbehandelnden Krankenhauses den Patienten und bei Bedarf auch die Angehörigen über Alternativen zur Rehabilitation beraten. Im Rahmen der Überleitung vom Krankenhaus in die Rehabilitation wird das Einverständnis für die Maßnahme vom Patienten eingeholt, welches oft aufgrund fehlender Information zu Alternativen gegeben wird. Zu dieser Schlussfolgerung komme ich, da ich, in meinem Beratungskontext, vermehrt mit den Aussagen: „Wie hätte ich den Zuhause zurechtkommen sollen.“ oder „In dem Zustand kann ich doch meinen Vater zu Hause nicht alleine lassen.“ konfrontiert werde. Sodass während meines Erstkontaktes mit Patienten oftmals eine niedrige Rehabilitationsbereitschaft und der Wunsch nach einer zeitnahen Entlassung mitgeteilt wird. Die bisher praktizierte Überleitung aus dem Krankenhaus, führt immer wieder zu Fehlplatzierungen in der Rehabilitation, vor allem bei Patienten mit kognitiv ausgeprägten Einschränkungen. Dann ist es immer eine große Herausforderung, mit den Angehörigen oder gesetzliche Vertretern zeitig ins Gespräch zu kommen, um eine bedürfnisgerechte Nachsorge vorzubereiten, nicht zuletzt da eine Rehabilitationsmaßnahme eine sehr hohe Erwartungshaltung von seitens der Angehörigen mit sich bringt. Die Vorstellung, dass der Aufnahmezustand des Erkrankten auch gleichzeitig der Entlassungszustand sein kann, wird nur sehr schwer zugelassen. Die Ärzte und das Pflegepersonal bezeichnen diese Situation als „nicht rehabilitationsfähig“. Diese Formulierung ist aber nicht zutreffend, denn unter dem Begriff der Rehabilitation versteht man die Hilfe zur Selbsthilfe

und diese sollte einem Demenzerkrankten solange zur Verfügung gestellt werden, wie er es für sich annehmen und umsetzen kann. Bereits der Vierte Altenbericht zeigte Veränderungspotenziale zur Gewährleistung eines gelingenden Schnittstellenmanagements auf. Die beteiligten Akteure müssen sich und ihr Klientel über relevante Sachverhalte informieren, sich mit den Beteiligten austauschen und die jeweiligen Arbeitsbeiträge abstimmen. Die Ausführung muss mit den anderen Beteiligten gemeinsam erledigt und die Arbeitsergebnisse wiederum in neue Arbeitsbeiträge integriert werden. Diese formale Festlegung von Arbeitsschritten erlaubt noch keine Aussage darüber, wer an diesen Tätigkeiten beteiligt ist und über welche Sachverhalte informiert werden soll. Die Hauptaufgaben des Schnittstellenmanagements liegen in den Händen der professionellen Beratungs- und Vermittlungsinstanzen. Es findet kaum ein Austausch von Versorgungsvorstellungen, Zielsetzungen und Prioritäten mit nachsorgenden Einrichtungen statt. Auf eine nahtlose Fortsetzung begonnener Therapien können die Überleitungsstellen keinen Einfluss nehmen, denn die Schwerpunktfunktion liegt in der Informationsweitergabe mittels eines Überleitungsbogens oder Verlegungsberichts. Zusammenfassend lassen sich diese Vernetzungsformen als indirekte, informationelle und institutionalisierte Grundsicherung verstehen. Eine Anschlusskommunikation zum Überprüfen der Qualität der weitergeleiteten Informationen ist nicht möglich. Im Rahmen einer direkten Vernetzung können Informationen im unmittelbaren Gespräch zwischen den Schnittstellenbeteiligten ausgetauscht werden, mit dem Ziel einer verbesserten Informationsbasis für alle Versorgungsbeteiligten (vgl. Vierter Altenbericht 2002, S.309). Im Bereich der Arbeitsorganisation müssen Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte neu strukturiert werden, um einen Ausgleich zwischen Normvorgaben und Gestaltungsspielräumen zu erreichen. Eine Kommunikation nach außen kann nur gelingen, wenn intern geklärt ist, wer für die Informationsweitergabe zuständig. Das bedeutet, Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass eine entsprechende Aufgabenerfüllung ermöglicht wird. Für die Schnittstellengestaltung bedeutet das an der Information, Abstimmung, Koordination, Kooperation und Integration

beteiligt zu sein. Für die Praxis ergibt sich daraus die Konsequenz, Zeiträume für multiprofessionelle Teambesprechungen zur Beratung von Behandlungsabläufen und der Evaluierung dieser bereit zu stellen. Solche Teamberatungen werden in der Moritz Klinik einmal wöchentlich für jede Station durchgeführt, an denen immer der Sozialdienst beteiligt ist. Durch die Übernahme eines Patienten werden die Ausgangssituation, die Verlaufsplanung und eine Zielsetzung kommuniziert und dokumentiert, allerdings nur durch das professionelle Team, ohne den Betroffenen. Der Abgleich dieser Fakten wird vom behandelnden Arzt im Rahmen einer Visite mit den Patienten durchgeführt. Durch diese Grundlagen lassen sich die bedürfnisgerechten Behandlungen, Pflege- und Unterstützungsleistungen für den Betroffenen gestalten. Des Weiteren ist es günstig für Patienten mit komplexen Gesundheitsstörungen eine hohe Konstanz der Betreuungspersonen zu gewährleisten, wie es im Rahmen der Bereichs- und Bezugspflege innerhalb der neurologischen Phase B in der Moritz Klinik praktiziert wird. Somit kann von dem Betreuungspersonal beobachtet werden, wie sich einzelne Interventionen auf den körperlichen und geistigen Zustand des zu Pflegenden auswirken. Auf der Grundlage einer verbreiteten klinikinternen Informationsbasis kann eine verbesserte Informationspraxis mit nachsorgenden Einrichtungen aufgebaut werden.

4.3 Änderungsvorschläge für die Mitarbeiter

Die Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ist für Demenzerkrankte mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Der Nutzen oder die Notwendigkeit ist für sie nicht nachvollziehbar. Sie befinden sich in einer fremden Umgebung, sind durch den Ablauf der Aufnahme verunsichert und werden an der Erkundung ihrer Umgebung gehindert. Auf dieses Erleben reagieren sie zunehmend ängstlich und reserviert. Mit ihrem Verhalten hemmen sie organisatorische Abläufe, lehnen Therapien ab, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen viel Zeit. Um dieses Bewegungsverhalten entsprechend begleiten zu können,

benötigt es im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung einen anderen Personalschlüssel. Unter den vorhandenen Strukturen, auf welche ich im nächsten Abschnitt näher eingehe, ist diese Betreuung noch nicht zu gewährleisten. Bedingt durch die bisherigen strukturellen Rahmenbedingungen werden sie oft vorzeitig und unbehandelt entlassen. Die Moritz Klinik ist eine Fachklinik für orthopädische und neurologische Rehabilitation und wird perspektivisch nur eine begrenzte Anzahl von Patienten, mit dementiellen Verhaltensmuster als Begleiterkrankung, aufnehmen können, da das vorhandene Rehabilitationskonzept den Bedürfnissen einer fortgeschrittenen Demenzform nicht gerecht wird. Zu einer bedürfnisgerechten Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit dementiellen Verhaltensmuster sollte deshalb die Möglichkeit einer ständigen Begleitung durch pflegende Angehörige oder naher Bezugspersonen gehören. Die intensiven sozialen Kontakte wirken auf den Betroffenen beruhigend und verhindern die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten. Da nicht mit jeder Aufnahme eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen gleichzeitig die Aufnahme einer vertrauten Person gewährleistet werden kann, ist umfangreich ausgebildetes Pflege- und Betreuungspersonal Voraussetzung. Erkenntnisse über Veränderungen in der Wahrnehmung des Erlebens und der Reaktion der Demenzerkrankten sind notwendig, um die Betroffenen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme adäquat unterstützen zu können. Das Ergründen der inneren Welt eines kognitiv stark beeinträchtigten Menschen ist schwierig und gelingt nur durch langwierige Beobachtungen seines Verhaltens, Interpretationen seiner Äußerungen und die experimentelle Verifizierung der möglichen Erklärungen (vgl. Vierter Altenbericht 2002, S.175). Fundierte Erkenntnisse gibt es lediglich für die beginnende Demenz, ihre frühen Stadien und sind in der Fachliteratur nachzulesen. Mit zunehmenden Schweregrad der Erkrankung werden die Annahmen immer spekulativer. Sie sind aber für die Betreuenden eine wichtige Hilfe und Anregung zum kreativen Umgang mit dem Demenzerkrankten. Im Rahmen von Mitarbeiterschulungen sollten die verschiedenen Professionen ihre Kompetenzen zu dieser Erkrankung dem Betreuungspersonal vermitteln. Das kann durch einen

Neurologen erfolgen, welcher über medizinische Aspekte, wie z. B. Diagnostikverfahren, Symptome und Krankheitsverlauf, informiert. Ergänzend können Psychologen über die psychischen Veränderungen und damit verbundenen Verhaltensweisen berichten. Und nicht zuletzt sollten Sozialpädagogen über die Notwendigkeit des Wissens über biografische Hintergründe und Bewältigungsstrategien aufklären. Die Kompetenz der Sozialen Arbeit sollte aber nicht nur informativ, sondern auch praktisch eingesetzt werden. Das kann bedeuten, dass die Mitarbeiter des Sozialdienstes ihre Kollegen aus den anderen Berufsgruppen im Rahmen eines Seminars oder Workshops den Sinn und Zweck der Biografiearbeit erklärt und das methodisch in einem Erzählcafé ausprobieren lässt. Diese Erfahrung soll das Verständnis für einen ergänzenden biografischen Fragebogen innerhalb der Aufnahmeunterlagen liefern. Die Kenntnis um die Biografie des dementiell veränderten Patienten ist für das Betreuungspersonal unablässig, um Verhaltensweisen und Reaktionen besser deuten und nachvollziehen zu können. In der Arbeit mit Demenzerkrankten müssen regelmäßige Weiterbildungen für die Mitarbeiter zur Methode der Validation Pflicht sein. Die Aussage von Naomi Feil zu ihrem Buch unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit: „Dieses Buch ist für alle geschrieben, die für desorientierte, sehr alte Menschen sorgen und sich für ihre Probleme interessieren. Validation unterstützt Betreuer beim Umgang mit dem sehr alten, desorientierten Menschen, der seinen Gefühlen freien Lauf lässt. Validation hilft uns, die Ursachen von bestimmten Verhalten zu verstehen. Validation unterstützt den sehr alten Menschen, seine Ziele – nicht unsere – zu erreichen.“ (vgl. de Klerk-Rubin, Feil 2005, S.5). In meiner Einführung zum Thema erläuterte ich die zunehmende Wahrscheinlichkeit im höheren Alter an einer Form der Demenz zu erkranken. Auch Naomi Feil spricht von sehr alten betroffenen Menschen. „Validation ist eine Kombination aus einer grundlegenden, einfühlsamen Einstellung, einer Entwicklungstheorie für alte, mangelhaft orientierte und desorientierte Menschen, die uns hilft, ihr Verhalten zu verstehen und einer spezifischen Technik, die diesen Menschen hilft, ihre Würde wiederzugewinnen.“ (vgl. de Klerk-Rubin, Feil 2005, S.15). Die Sozialpädagogen können in Form von internen

Weiterbildungen als Multiplikatoren ihre Kollegen über weitere methodische Ansätze in der Arbeit mit Patienten und deren dementiellen Verhaltensmuster informieren. Auf die Herausforderungen, welche die Betreuung eines Demenzerkrankten mit sich bringen, erörtere ich bereits. Als Unterstützungsangebot für die Pflege- und Betreuungskräfte sollte die Möglichkeit zur Supervision bestehen. Regelmäßige kollegiale Fallbesprechungen können den Mitarbeitern auch als entlastende Plattform dienen. Diese beiden Methoden sind Kompetenzen der Sozialen Arbeit und über Ziel und Zweck können die entsprechenden Mitarbeiter informieren und bei Bedarf Ansprechpartner vermitteln.

4.4 Änderungsvorschläge für die Angehörigen

Im Abschnitt Änderungsvorschläge für den Patienten zeigte ich bereits den Handlungsbedarf im Bereich des Schnittstellenmanagements auf, was den Patienten und seine Weiterversorgung betrifft und somit auch in diesem Abschnitt erwähnt werden muss. Während einer Rehabilitationsmaßnahme erleben die Angehörigen eine geringe Entlastung von ihren Versorgungsaufgaben. Allerdings entsteht mit der Frage um die Weiterversorgung nach der Rehabilitation eine neue Problemlage. Die Pflege kann umfangreicher werden, da zu den kognitiven auch noch körperliche Einschränkungen kommen. Aufgrund dieser veränderten Situation sollte frühzeitig eine Kontaktaufnahme mit dem Klinischen Sozialdienst eingeleitet werden. In Form eines Erstgespräches wird die bisherige Versorgungssituation eruiert und wie sie perspektivisch für den Betroffenen und seine Angehörigen gestaltet werden sollte. In den meisten Fällen ist für den Patienten die Nachversorgung sehr eindeutig, aber die Angehörigen sind meist ratlos, wie es in der Praxis umgesetzt werden kann. In der Moritz Klinik besteht die Möglichkeit, dass sich Angehörige in pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen schulen lassen. Die Familienmitglieder durchlaufen dann mindestens einen ganzen Tag mit ihren Angehörigen

seinen Alltag. Es wird morgens mit der Pflege und allen notwendigen Behandlungen begonnen, während der Mahlzeiten werden Tipps zur Kostform und zum Verabreichen der Getränke vermittelt und die Therapeuten leiten das Handling mit dem Patienten an, um Risiken zu minimieren oder den Alltag für den pflegenden Angehörigen leichter zu gestalten. Diese ganzen Maßnahmen sollen dem Angehörigen bei seiner Entscheidungsfindung bezüglich der Nachsorge helfen und eine Vertrauensbasis zwischen Patient und seiner möglichen Pflegeperson schaffen. In weiteren Beratungsgesprächen mit dem Sozialdienst können die Patienten und ihre Angehörigen sich über Unterstützungsmöglichkeiten oder Alternativmaßnahmen informieren. Aufgrund dieser Gespräche wird meist eine Versorgungsvariante gefunden und der Sozialarbeiter unterstützt bei der Entlassungsvorbereitung, in Form von Hilfestellung bei Beantragungen oder Kontaktaufnahme zu Versorgungsanbietern. Dabei agiert er als Vermittler zwischen Klienten und Kostenträgern, Nachsorgeeinrichtungen, ambulanten Diensten und Beratungsstellen. Der Klinische Sozialarbeiter verhandelt unter den bestehenden ambulanten Netzwerken eine möglichst bedürfnisgerechte Nachsorge für seinen Klienten. Des Weiteren bestärkt er Patient und Angehörige in ihrer Entscheidung gegenüber dem medizinischen Fachpersonal, denn dieses stellt oft die Kompetenzen eines Familiensystems in Frage. Außerdem ist es wichtig, die Beteiligten über mögliche Selbsthilfegruppen zu informieren, damit sie die Möglichkeit zu einem regelmäßigen Austausch mit anderen Betroffenen oder pflegenden Angehörigen haben. Wer Tag und Nacht für einen anderen sorgt, stößt an seine Grenzen. Die Gefahr ist groß, sich durch die Fürsorge für den Angehörigen aufzuopfern. Die Folge kann sein, dass Pflegende selbst erkranken. Deshalb ist es wichtig, rechtzeitig Entlastung zu suchen und die Aufgaben auf unterschiedliche Personen zu verteilen. Kompetente Anlaufstellen zu Unterstützungsangeboten sind z.B. kommunale Seniorenberatungsstellen, regionale Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbände, aber auch die Pflegeberater bei der entsprechenden Pflegekasse. Diese informieren zur häuslichen Pflege, Pflegekursen, Gesprächskreisen und Gesundheitsangeboten. Daneben bieten

ehrenamtliche Projekte ihre Dienste an, sogenannte niedrigschwellige Angebote, deren Kosten teilweise übernommen werden. Sie vermitteln eine feste Bezugsperson, die regelmäßig eine bestimmte Stundenzahl mit dem Erkrankten verbringt. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft oder eine regionale Beratungsstelle informiert zu diesen Angeboten. Ständig mit dem Leid des Angehörigen konfrontiert zu werden, belastet oftmals seelisch. Es kann daher befreiend sein, sich mit anderen in der gleichen Situation auszutauschen. Entlastung kann auch die Betreuung in einer speziellen Tagespflege für Demenzerkrankte bringen. Der Betroffene wird morgens abgeholt und mit anderen den Tag über betreut und am Nachmittag mit einem Fahrdienst wieder nach Hause gebracht. Im Rahmen dieser Betreuungsform erhält er auch Anregungen unter anderem durch Musik und Tanz. Wer einen Demenzerkrankten pflegt, sollte sich auch fragen, wie weit er die Belastungen tragen kann, ohne selbst Schaden zu nehmen. Manche Konflikte entstehen nicht erst durch die Pflege. Die Pflegesituation bringt oft auch das zutage, was über Jahre unschwellig vorhanden war. Der Schlüssel für viele Verhaltensweisen der Demenzkranken liegt in ihrer Biografie verborgen, z.B. in einschneidende Erlebnisse und persönlichen Ängsten. Daher sollte man eine stationäre Unterbringung nicht ausschließen. Wer die Pflege an andere übergibt, beendet nicht automatisch die Beziehung, sondern gestaltet sie nur anders, womöglich sogar liebevoller.

4.5 Herausforderungen für Politik, Gesellschaft, Institutionen

Jeder zweite Deutsche hat einer aktuellen Studie zufolge Angst, an Demenz zu erkranken. Vor allem die über 60-jährigen fürchten Alzheimer und ähnliche dementielle Erkrankungen, wie die Krankenkasse DAK-Gesundheit mitteilte. Die Angaben stützen sich auf eine Befragung von bundesweit 3500 Personen, die das Forsa-Institut im Auftrag der Krankenkasse ausgewertet hatte (vgl. n-tv.de Welche Diagnosen die Deutschen fürchten 2015). Diese Angst wurde von der Politik

wahrgenommen und führte zu verschiedenen gesetzlichen Veränderungen. Seit dem 01. Januar 2015 gelten Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegestärkungsgesetz, um Betroffenen und Angehörigen besser und bedarfsgerechter zu helfen. Auch außerhalb der Gesetzgebung entstehen verschieden Unterstützungsmöglichkeiten, die Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz fasst diese zusammen (vgl. Gemeinsam für Menschen mit Demenz BMFSFJ 2015, S.3). Die Allianz für Menschen mit Demenz wurde im September 2012 auf gemeinsame Initiative des Familien- und Gesundheitsministerium gegründet. Verbände, Fachgesellschaften, Vertreter der Bundesländer, der Selbstverwaltung und der Zivilgesellschaft erarbeiteten eine Agenda, um die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Sie umfasst Handlungsfelder der Wissenschaft und Forschung, der gesellschaftlichen Verantwortung, der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien sowie der Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems. Mit der Unterzeichnung der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ am 15. September 2014 haben sich die Mitglieder der Bundesallianz zur Umsetzung von mehr als 150 Einzelmaßnahmen verpflichtet, welche bis 2018 abgeschlossen sein sollen. Ein Zwischenbericht wird 2016 erwartet (vgl. Gemeinsam für Menschen mit Demenz BMFSFJ 2015, S.7). Mit der Zunahme alter Menschen an der Gesamtgesellschaft ist insbesondere eine Zunahme des Anteils der Hochaltrigen verbunden. Den wenigsten Menschen ist bislang bewusst, dass diese Gruppe der Altenbevölkerung sogar überproportional zunimmt. Die Gesellschaft wird sich darauf einstellen müssen, dass es in naher Zukunft eher die Regel als die Ausnahme sein wird, dass Menschen älter als 80 Jahre werden. Eine konkrete Auseinandersetzung mit der Entwicklung zu einer altersgewandelten Gesellschaft und ihren Folgen in allen Lebensbereichen bedarf jedoch der Sensibilisierung und kontrollierten Lenkung zugleich. Es geht vor allem darum, die demografischen Veränderungen auch als Erfolg vielfältiger Forschungsbemühungen und sozialpolitischer Strategien wahrnehmbar zu machen sowie positiv damit umzugehen. Ziel muss es sein, dieses Phänomen weder als

gesellschaftliche Belastung noch als individuelle Bedrohung zu empfinden. Eine besondere Herausforderung sieht die Bundesregierung darin, einer direkten oder indirekten Benachteiligung und Ausgrenzung derjenigen alten Menschen entgegenzuwirken, welche aufgrund von physischen und psychischen Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten (vgl. Vierter Altenbericht 2002, S.17, 18). Begründet durch den weiteren Altersaufbau der Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme der Demenzerkrankungen entsteht vielfältiger Handlungsbedarf in Politik und Gesellschaft. Die Bundesregierung muss dazu beitragen, dass die Chancen des längeren Lebens genutzt werden und die Möglichkeit auf ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben als geachtetes und gleichwertiges Mitglied unserer Gesellschaft bestehen bleibt. Die Aufgabe der Politik besteht darin, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und der Erhalt der individuellen Würde bis zum Lebensende muss dabei die Grundlage aller Bemühungen sein. Ziel der Bundesregierung muss die Verbesserung und Sicherung der Pflegebedingungen sein, welche sich an den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten und kranken Menschen orientieren. Im Moment weist das Hilfesystem noch vermehrt Defizite auf, da die Strukturen unübersichtlich, zu wenig miteinander vernetzt und meist nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Einbeziehung und Qualifizierung Freiwilliger im Bereich der Beratungstätigkeit sollte als Ressource genutzt werden, um Versorgungslücken zu schließen und Versorgungsdefizite zu beseitigen. Eine bedarfsgerechte und perspektivisch bessere Betreuung von demenzerkrankten Menschen lässt sich nur mit mehr Fachkenntnissen und einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen erreichen. Alle in der Politik Verantwortlichen sind sich einig, dass eine verbesserte Versorgung, besonders für dementiell veränderte Menschen erforderlich ist (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S.22). Defizite bestehen im Bereich der Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und der ganzheitlichen umfassenden Therapie, der Pflege und Betreuung sowie einer angemessenen Beratung für Betroffenen und ihre pflegenden Angehörige. Mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz wurde erreicht, dass Pflege- und Personalbedarfsermittlungsverfahren ein Bestandteil der

Rahmenverträge der pflegerischen Versorgung werden (vgl. Vierter Altenbericht BMFSFJ 2002, S. 23). Die gesundheitliche Versorgung alter Menschen hat mit Blick auf Strukturen und Qualifikation der Beteiligten einen positiven Entwicklungsprozess durchlaufen. Die Rehabilitation im Alter ist ein fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems. Der Bedarf an ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitationen wird weiter steigen. Das kann aber nicht nur bedeuten, den Ausbau der vorhandenen Kapazitäten im geriatrischen Bereich voranzutreiben, sondern Qualität und Effektivität der bestehenden Strukturen zu fördern. Eine effektive Nutzung bereits vorhandener Möglichkeiten und Einrichtungen ist nur dann zu erwarten, wenn eine Vernetzung von Strukturen gelingt, die nicht nur über die Grenzen einzelner Fachdisziplinen reicht, sondern Grenzen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen und zwischen verschiedenen Systemen überwindet. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben qualifizierter Fachkräfte in der Geriatrie, die wachsende Bereitschaft der Hausärzte als primäre Ansprechpartner alter Menschen zum Erwerb geriatrischen Wissens zu nutzen und Fachkliniken für den Transfer von Spezialwissen in die hausärztliche Praxis zu öffnen (vgl. Vierter Altenbericht 2002, S.27). Durch Koordination und Vernetzung von Angeboten können Lebensqualität Betroffener und berufliche Zufriedenheit der Handelnden gesteigert, andererseits strukturelle Mängel beseitigt und das Altenhilfesystem weiterentwickelt werden.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Das Ergebnis meiner Literaturrecherche zur Thematik dementielle Verhaltensmuster und Rehabilitation ist sehr begrenzt ausgefallen. Die vorhandene Literatur befasst sich mit der Problemlage der Versorgung alter und hochaltriger Menschen im ambulanten wie auch stationären Bereich. Wie aber die Umsetzung der Versorgungsmöglichkeiten im Kontext Rehabilitation mit steigender Multimorbidität und dementiellen

Verhaltensmuster gestaltet werden kann, war nicht zu erlesen. Aufgrund dieser Ausgangslage war der Vierte Altenbericht des BMFSFJ aus dem Jahr 2002 meine Literaturbasis für meine Arbeit. Dieser befasst sich ausführlich mit der Lage der älteren Generation unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Es werden Veränderungen und damit verbundene Problemlagen aufgezeigt, welche sich zum Teil in die jetzige Zeit transferieren lassen. Das bedeutet, dass ich mit meiner Arbeit immer noch die gleichen Problemlagen aufzeige, welche schon 2002 analysiert wurden. Diese Erkenntnis soll dazu führen, dass die Mitglieder der Profession Soziale Arbeit ihre Kompetenzen nutzen und aktiv in ihrem Tätigkeitsbereich für Veränderungen sorgen. Die erkannten strukturellen Defizite müssen benannt und die Politik muss vermehrt und immer deutlicher zu Veränderungen aufgefordert werden. Im Verlauf meiner Arbeit habe ich auf notwendige Änderungsmaßnahmen und mögliche Ansätze dahingehend verwiesen. Ein ganz wichtiger Aspekt, um diese Möglichkeiten umsetzbar zu machen, ist die Grundvoraussetzung der Finanzierbarkeit. Die Besonderheit des Hilfebedarfs demenzerkrankter älterer Menschen liegt darin, dass der Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen zu finden ist, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, welche ausschließlich aus technischen Hilfen bestehen, um verlorene Funktionen zu kompensieren, sind ungeeignet. Ein erster Ansatz besteht darin, die Besonderheiten der personellen Betreuung, der räumlichen Voraussetzungen und der technischen Hilfen, die die Bewältigung dementieller Veränderungen erleichtern, zu beachten und zu verknüpfen. Unter diesen veränderten Rahmenbedingungen lässt sich auch eine Therapiemaßnahme für Rehabilitanden mit dementiellen Verhaltensmuster bedürfnisgerechter gestalten. Wie eingangs beschrieben, ist eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Verlaufsmöglichkeiten der Erkrankung aber nicht in jedem Fall durchführbar. Der Begriff der geriatrischen Rehabilitation wird immer dann von den Krankenkassen verwendet, wenn die zu erbringende Maßnahme, eine Rehabilitation für ältere Menschen ist, um ihre Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu verhindern. Wie bereits aufgezeigt, gibt es nicht

ausreichend rein geriatrische Einrichtungen. Andere bestehende Fachrehabilitationseinrichtungen müssen sich dem veränderten Patientenkontext anpassen, um deren Bedürfnisse gerecht zu werden. Für die Moritz Klinik sehe ich noch viel Handlungsbedarf im Bereich des Aufnahmeverfahrens und der damit verbundenen Stationsbelegung, da die Stationen im Anschlussheilbehandlungsbereich der Orthopädie wie auch Neurologie auf dieses Patientenkontext noch nicht vorbereitet sind. Des Weiteren benötigt das gesamte Personal Weiterbildungen, um im Umgang mit Patienten mit dementiellen Verhaltensmuster sicherer zu werden. Nur so führt diese Begleiterkrankung nicht zwangsläufig zum Ausschlusskriterium einer Rehabilitationsmaßnahme. Solange ein Patient kognitiv in der Lage ist, die therapeutischen Maßnahmen umzusetzen, sollte er als rehabilitationsfähig betrachtet werden. Dieses bestärkt mein Ergebnis, dass die Einschätzung mit dem bestehenden Überleitungsmanagement vom Krankenhaus nicht beurteilbar ist. In einer Umfrage des Forsa-Institutes im Auftrag der Krankenkasse DAK-Gesundheit, welche im November bei n-tv.de erschienen ist, wurden gefürchtete Diagnosen der Deutschen erfragt. Aufgrund dieser Umfrage hat jeder zweite Deutsche Angst, an einer Demenz zu erkranken, vor allem die über 60-Jährigen fürchten diese Erkrankung (vgl. n-tv.de Welche Diagnosen die Deutschen fürchten 2015). Diese Angst ist nicht ganz unbegründet, denn im Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ist nachzulesen, in welcher Form die Erkrankung zunimmt. Ebenfalls bedenklich ist, dass eine Verlagerung der Altersgrenze nach unten zu erwarten ist (vgl. Infoblatt Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014, S.2). Diese Fakten und die Unsicherheit unserer Gesellschaft im Umgang mit dem Thema Demenz, welche nicht zuletzt durch die Reaktionen auf den Film „Honig im Kopf“ deutlich wurden, sollten Anlass für Veränderungen im Bereich der Prävention und Therapie sein, eingeleitet durch die Politik, gefördert durch alle Träger und Einrichtungen. Mit Offenheit und Verständnis in allen gesellschaftlichen Bereichen und Institutionen können insbesondere die Betroffenen selbst und alle damit Involvierten, wie die Angehörigen, medizinische Fachkräfte und Pflege-

sowie Betreuungspersonal Ängste abbauen, was dann am Ende hoffentlich ein würdevolleres Leben mit dieser Krankheit ermöglicht.

Meine Arbeit beende ich mit einem Zitat von Shakespeare. Auch wenn er diese Worte in einem anderen Zusammenhang schrieb, ohne das Wissen um die Krankheit sowie ihrer Symptome, drücken jene die Erlebniswelt eines Demenzerkrankten treffend aus und sind nach über 400 Jahren aktueller denn je. „Um offen zu sein, ich fürchte, ich bin nicht bei vollem Verstand. Mir scheint, ich sollte Euch kennen, und diesen Mann auch, doch ich bin im Zweifel, denn ich bin völlig im unklaren, was für ein Ort dies ist, und alle Kenntnis, die ich habe, erinnert sich nicht an diese Kleider; auch weiß ich nicht, wo ich letzte Nacht gewohnt habe"(vgl. William Shakespeare 1605: aus König Lear: www.goldjahre.de).

III Literaturverzeichnis

Feil, de Klerk-Rubin (2005): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 8. Überarbeitete und erweiterte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Fiedler, Köhrmann, Kollmar (2013): Pflegewissen Stroke Unit. Für die Fortbildung und die Praxis. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Gutzmann, H. (1992): Der dementielle Patient. Das Alzheimer Problem. Diagnostik. Ursachenforschung. Therapie. Betreuung. Bern Göttingen Toronto: Verlag Hans Huber.

IV Quellenverzeichnis

Internetquellen

http://www.schlaganfall-hilfe.de/ablauf-nach-phasen;jsessionid=aaamQ80c51g-O5KRSSeYt?p_auth=7sP99WfJ&p_p_id=56_INSTANCE_U2zX&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_count=1&56_INSTANCE_U2zX_struts_action=%2Fjournal_content%2Fexport_article&56_INSTANCE_U2zX_groupId=10156&56_INSTANCE_U2zX_articleId=74258&56_INSTANCE_U2zX_targetExtension=pdf: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 11.59 Uhr.

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/broschuere-gemeinsam-fuer-menschen-mit-demenz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 12.00 Uhr.

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzer_krankungen_dalzg.pdf: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 12.02 Uhr.

<http://www.n-tv.de/wissen/Welche-Diagnosen-die-Deutschen-fuerchten-article16437576.html>: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 12.05 Uhr.

<https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-I,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 12.08 Uhr.

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html>: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 12.12 Uhr.

<http://www.goldjahre.de/demenz-alzheimer.html>: zuletzt aufgerufen am 12.12.2015, 19.11 Uhr.

Informationsbroschüren

Broschüre Bundesministerium für Gesundheit (2006): Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen. Von der Diagnose bis zur Betreuung.

Informationsprospekt für Patienten der Moritz Klinik (o. J.).

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Petersberg, 12.12.2015